

CONDADO DE

AVISO DO FOOD STAMP SOBRE SUSPENSÃO

(Três meses consecutivos para
ABAWDs/participantes do CFAP sem
auxílio financeiro)

(ADDRESSEE)

[]

A partir de _____, você obterá food stamps
(DATA)
de _____ até _____.
(DATA) (DATA)

Você pode obter food stamps se satisfizer a regra de trabalho ABAWD (Adulto Apto para o Trabalho e sem Dependentes), se estiver isento da regra (consulte a lista de isenções na próxima coluna) ou se tiver um motivo temporário para não cumprir a regra.

MOTIVO PARA OBTER FOOD STAMPS POR APENAS TRÊS MESES CONSECUTIVOS

- Seus food stamps foram interrompidos porque você não satisfez a regra de trabalho ABAWD por três meses.
- O Programa Food Stamp permite que, em determinadas condições, você receba food stamps por mais três meses sem atender à regra de trabalho ABAWD/CFAP (Programa de Assistência Alimentar da Califórnia).
- Caso você receba uma penalidade relativa a food stamps, não estará qualificado para recebê-los até que o período da penalidade se encerre.

COMO CONTINUAR A RECEBER FOOD STAMPS APÓS O TÉRMINO DO PERÍODO DE TRÊS MESES CONSECUTIVOS

- No final dos três meses, você pode continuar a obter food stamps se satisfizer as regras de trabalho de ABAWD ou do CFAP para pessoas que não recebem auxílio financeiro.
- Após os três meses, você pode se inscrever a qualquer momento, caso se torne isento da regra de trabalho ou depois de _____, quando se encerrar seu
(DATA)
calendário de 36 meses.

REGRAS DE TRABALHO PARA ABAWD/CFAP

Durante pelo menos 20 horas por semana, você deve executar uma destas atividades:

- Trabalhar,
- Freqüentar escola ou treinamento,
- Ter uma combinação de escola, treinamento e trabalho ou
- Realizar trabalho social pelo número de horas determinado pelo condado.

Data do aviso: _____
Nome do caso: _____
Número: _____
Nome do funcionário: _____
Número: _____
Telefone: _____
Endereço: _____

Dúvidas? Pergunte ao funcionário

Audiência estadual: Se você acha que esta ação está errada, pode solicitar uma audiência. O verso desta página informa como. Seus benefícios não poderão ser alterados se você solicitar uma audiência antes de esta ação ocorrer.

PERÍODO DO CALENDÁRIO DE 36 MESES

- Durante um período de 36 meses, você só poderá receber food stamps por três meses, a menos que cumpra a regra de trabalho para ABAWD.
- Você pode receber food stamps por mais três meses sem cumprir a regra de trabalho para ABAWD se atender a determinadas condições.
- Quando se iniciar o período de três meses, ele não poderá ser interrompido até que o tempo se esgote ou até que se encerre seu calendário de 36 meses.

PARA SER ISENTO DAS REGRAS DE TRABALHO, VOCÊ DEVE

- Ter idade abaixo de 18 anos ou igual ou superior a 50 anos.
- Ser física ou mentalmente incapaz para trabalho.
- Cumprir as regras do Programa de Assistência Social para o Trabalho (Welfare to Work) do CalWORKs.
- Cuidar de uma criança com menos de 6 anos de idade ou de uma pessoa ferida ou doente.
- Participar de um programa de tratamento contra drogas ou alcoolismo que o impeça de trabalhar durante 30 ou mais horas por semana.
- Receber ou ter-se inscrito para receber benefícios do Seguro Desemprego.
- Estar empregado ou trabalhar por conta própria pelo menos 30 horas por semana ou receber vencimentos semanais pelo menos iguais ao salário mínimo federal multiplicado por 30 horas.
- Freqüentar a escola durante pelo menos meio período.
- Estar grávida.
- Morar em uma residência que receba o food stamp e em que viva uma criança pequena, mesmo que essa criança não esteja qualificada para receber food stamps.

REGRAS: Essas regras são aplicáveis. Analise-as no seu escritório de assistência social.

Seção do MPP 63-410; Outros _____

SEUS DIREITOS EM RELAÇÃO A AUDIÊNCIAS

Você tem o direito de solicitar uma audiência se discordar de qualquer ação do condado. Você tem apenas 90 dias para solicitar uma audiência. O período de 90 dias teve início no dia seguinte ao da entrega ou postagem deste aviso.

Se você solicitar uma audiência antes que ocorra uma ação sobre Auxílio em Dinheiro, benefícios médicos, Food Stamp ou assistência infantil:

- Seu Auxílio em Dinheiro ou seus benefícios médicos permanecerão inalterados até a audiência.
- Seus serviços de assistência infantil podem permanecer inalterados até a audiência.
- Seus Food Stamps permanecerão inalterados até a audiência ou até o término do período de sua certificação, o que ocorrer antes.

Se a decisão da audiência nos der razão, você nos deverá qualquer Auxílio em Dinheiro, Food Stamp ou serviços de assistência infantil extras que tiver recebido.

Para nos permitir reduzir ou interromper seus benefícios antes da audiência, assinale abaixo: Sim, reduzir ou interromper:

Auxílio em Dinheiro Food Stamp Assistência infantil

Enquanto você aguarda a decisão de uma audiência para:

Assistência Social para o Trabalho:

Você não precisa participar das atividades.

Você pode receber pagamentos de assistência infantil devido a emprego e a atividades aprovadas pelo condado antes deste aviso.

Se tivermos informado a você que outros serviços de assistência serão suspensos, você não receberá nenhum pagamento, mesmo que exerça sua atividade.

Se tivermos informado a você que pagaremos seus outros serviços de assistência, eles serão pagos no valor e do modo informado neste aviso.

- Para obter esses serviços de assistência, você deve exercer a atividade que o condado recomendou.
- Se o valor dos serviços de assistência pago pelo condado enquanto você aguarda a decisão de uma audiência não for suficiente para permitir sua participação, você poderá deixar de exercer a atividade.

Cal-Learn (programa de educação para pais adolescentes):

- Você não poderá participar do Programa Cal-Learn se tivermos informado que não podemos atendê-lo.
- Só pagaremos serviços de assistência do Cal -Learn por uma atividade aprovada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Membros de planos de assistência Medi-Cal administrada: A ação de que trata este aviso pode interromper a obtenção de serviços de seu plano de assistência médica administrada. Se tiver dúvidas, convém entrar em contato com os serviços de seu plano de saúde.

Assistência infantil e/ou médica: A agência local de assistência infantil ajudará a obter assistência sem custo, mesmo que você não receba auxílio em dinheiro. Se for obtida essa assistência, isso será mantido a menos que você peça por escrito a interrupção. O auxílio financeiro atual será enviado a você, mas será retido o valor vencido que for devido ao condado.

Planejamento familiar: O escritório de assistência social fornecerá informações quando solicitadas.

Pauta de audiência: Se você solicitar uma audiência, a Divisão de Audiências Públicas organizará uma pauta. Você tem o direito de ver essa pauta antes de sua audiência e de obter, com antecedência de pelo menos dois dias, uma cópia da posição do condado sobre seu caso. O estado pode fornecer a pauta de sua audiência ao Departamento de Assistência Social e aos Departamentos de Saúde, Assistência Social e Agricultura dos EUA. **(Seções 10850 e 10950 do Código W&I.)**

PARA SOLICITAR UMA AUDIÊNCIA:

- Preencha esta página.
- Faça uma cópia da frente e do verso desta página, para seu arquivo. Se você solicitar, o funcionário lhe fornecerá uma cópia desta página.
- Envie ou leve esta página para:

OU

- Ligue gratuitamente para: **1-800-952-5253** ou, para portadores de deficiência de audição ou fala que usam TDD (telecomunicações para deficientes auditivos), **1-800-952-8349**.

Para obter ajuda: Você pode se informar sobre seus direitos relativos à audiência ou solicitar orientação sobre assistência jurídica nos números de telefone gratuitos listados acima. Você pode obter assistência jurídica gratuita no escritório local de auxílio jurídico ou de direitos sociais.

Se não quiser comparecer à audiência sozinho, pode levar um amigo ou outra pessoa com você.

SOLICITAÇÃO DE AUDIÊNCIA

Desejo uma audiência devido a uma ação do Departamento de Assistência Social do condado de _____ a respeito de meu:

Auxílio em Dinheiro Food Stamp Benefício médico

Outro (listar) _____

Eis a razão: _____

Se precisar de mais espaço, assinale aqui e adicione uma página.

Preciso que o estado me forneça um intérprete, sem custo. (Um parente ou amigo não poder atuar como intérprete em uma audiência.)

Meu idioma ou dialeto é: _____

NOME DA PESSOA CUJOS BENEFÍCIOS FORAM RECUSADOS, ALTERADOS OU SUSPENSOS

DATA DE NASCIMENTO

TELEFONE

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

ASSINATURA

DATA

NOME DA PESSOA QUE PREENCHEU ESTE FORMULÁRIO

TELEFONE

Desejo que a pessoa nomeada abaixo me represente nesta audiência. Dou permissão para que essa pessoa veja meus registros ou compareça à audiência em meu lugar. (Essa pessoa pode ser um amigo ou parente, mas não pode atuar como intérprete para você.)

NOME

TELEFONE

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL